

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Р.А. Часнойть

5.11.2010 г.

Регистрационный № 072-0610

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА  
У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**  
(инструкция по применению)

Учреждение разработчик: ГУО «Белорусская медицинская академия  
последипломного образования»

Авторы:

д-р мед. наук, проф. И.К. Луцкая

канд. мед. наук, доц. И.В.Кравчук

О.В.Федоринчик

Минск 2010

## ВВЕДЕНИЕ

Пациенты с общесоматической патологией отличаются более высоким индексом КПУ ( $16,1 \pm 1,1$ ) по сравнению с практически здоровыми людьми ( $10,2 \pm 0,7$ ), что обуславливает необходимость значительного объема терапевтических вмешательств. Их характеризует значительный процент подвижных ( $5,2 \pm 0,5$ ), одиночно стоящих зубов ( $4,3 \pm 1,1$ ), оголенных ( $3,3 \pm 0,7$ ) и сохранившихся корней при разрушенных коронках ( $6,2 \pm 1,2$ ), которые определяют высокую нуждаемость в хирургической помощи с последующим протезированием и восстановлением целостности зубных рядов.

Особого внимания заслуживают поражения слизистой оболочки полости рта, которые в большинстве случаев не имеют специфических проявлений, что затрудняет их распознавание. Нередко встречается гиперемия или синюшность, обложенность и атрофия сосочков языка, кератоз, изменения губ, заеды и т.д. С прогрессированием общего заболевания нарастает число лиц, страдающих парестезиями, глоссодиниями, кандидозами.

Таким образом, пациенты с общесоматической патологией характеризуются высокой нуждаемостью во всех видах стоматологической помощи.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

### Кариес

При сборе анамнеза необходимо установить причинно-следственную связь между возникновением общего заболевания, его лечением и проявлениями со стороны зубов. Уточняют жалобы на наличие кариозных полостей, застревание пищи между зубами, эстетические дефекты. Далее переходят к осмотру полости рта. У больных с общесоматической патологией кариозный процесс может иметь быстрое течение, что связано в большинстве случаев с нарушением кальциевого обмена и гипоминерализацией зубов. С помощью зондирования определяются кариозные дефекты, выполненные рыхлым размягченным дентином светлого цвета. Нередко полость скрывают нависающие края эмали, что затрудняет своевременную диагностику при визуальном осмотре. Обильный зубной налет также может препятствовать обнаружению кариеса, поэтому после выполнения профессиональной гигиены необходимо провести тщательный повторный осмотр зубных рядов. Одним из методов диагностики кариеса является термометрия зубов. При этом на температурный раздражитель могут реагировать интактные зубы с обнаженными корнями. Для диагностики кариеса возможно использовать электроодонтометрию. Однако у больных с декомпенсированной формой сердечно-сосудистых заболеваний этот метод применяют с большой осторожностью, так как болевая реакция на электрический ток может спровоцировать сердечный приступ. Наиболее рациональным является использование современных методов дигитальной радиовизиографии, которые позволяют стоматологу выявить скрытые кариозные полости на проксимальных поверхностях. Плановое

стоматологическое обследование пациентов с общими хроническими заболеваниями проводят не реже, чем один раз в полгода.

### **Осложнения кариеса**

Диагностика осложненного кариеса затруднена вследствие искаженной или слабой выраженности клинических проявлений. Пульпиты и апикальные процессы чаще имеют хроническое течение. При локализации на проксимальной поверхности процесс может протекать при скрытой полости зуба и часто бессимптомно. Жалобы и анамнез не всегда удается четко выяснить в силу психоземotionalных особенностей пациента, в связи с чем необходимо использовать дополнительные методы (электроодонтометрия, панорамная рентгенография и т.д.). С возрастом нарастает процент конкрементозных пульпитов (дегенерация пульпы). Пациенты предъявляют жалобы на приступообразные боли при изменении положения головы, которые беспокоят на протяжении достаточно длительного времени (недели, месяцы), характеризуются нарастанием интенсивности. Окончательный диагноз ставится на основании рентгенограммы, которая выявляет дентикли в полости зуба. При осложненном кариесе прицельные рентгенологические снимки необходимы для наличия, характера и распространенности поражения периапикальных тканей. Данные радиовизиографии облегчают проведение всех этапов механической обработки, выявляя состояние корневых каналов, их кривизну и проходимость, а также качество пломбирования. Для диагностики осложненного кариеса применяют панорамные рентгенограммы, которые при минимальной лучевой нагрузке позволяют получить обзор всего альвеолярного отростка и зубного ряда.

### **Заболевания периодонта**

При общих заболеваниях крови, сердечно-сосудистой системы, лучевой болезни, гепатитах, гиповитаминозах при осмотре выявляются симптомы кровоточивости, гиперпластических и язвенно-некротических процессов, которые осложняются грибковой и герпетической инфекцией. Быстрое развитие пародонтита, гноетечение из карманов, присоединение кандидоза характерны для сахарного диабета. Десквамативный гингивит часто сопровождает заболевания эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, метаболические нарушения, аллергические реакции, инфекционные заболевания и проявляются хроническим воспалением десны. Язвенный гингивит наблюдается при заболеваниях крови, ЖКТ, приеме цитостатиков, снижении иммунной защиты. Гиперплазия десен бывает у беременных при гормональных нарушениях как побочный эффект применения лекарственных препаратов.

### **Заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) и языка**

Для заболеваний желудочно-кишечного тракта характерны ранние симптомы в полости рта (ещё до появления болезненных ощущений в желудке). Пациенты жалуются на неприятные ощущения в полости рта, зуд,

боль, особенно во время приема пищи. Возможно нарушение вкусовых ощущений, кислого привкуса во рту. Симптомы усиливаются при наличии металлических зубных протезов. Обильный налет на языке может быть белым либо с различными оттенками (от светло-желтого до коричневого), что зависит от принимаемой пищи, медикаментов, курения и других факторов. Он достаточно легко снимается, но опять быстро образуется. Зубной налет поддерживает воспаление десны – гингивит. Язык может быть отечным, с отпечатками зубов. На языке, щеках, губах образуются трещинки, эрозии, участки повышенной десквамации. Для гастрита с пониженной секрецией свойственна сухость, атрофия нитевидных сосочков языка. Гиперацидный гастрит отличается обильным налетом на языке, возможна гиперсаливация, гиперплазия сосочков языка и/или повышенная десквамация эпителия. При язвенной болезни желудка сохраняется налет на языке (более или менее обильный, пигментированный, легко удаляется). Возможны жалобы на ощущение жжения (язык как будто «ошпарен» или посыпан перцем), болезненность и увеличение в размерах языка за счет отека. На фоне заболеваний желудка могут развиваться глосситы (десквамативный, черный «волосатый» язык), глоссодиния. Нередко присоединяется грибковый стоматит: обильный белый налет на фоне ярко-красной слизистой оболочки или невыраженный налет на атрофированной поверхности языка, щек. Заболевания желудка могут сопровождаться хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС). Больные отмечают чувство жжения, болезненность. Затем появляется резко ограниченное гиперемизированное пятно овальной или округлой формы. Через 8-16 ч пятно эрозируется, образуется афта размерами до 0,3-0,5 см, округлой или овальной формы, покрытая фибринозным налетом и окруженная венчиком гиперемии. Излюбленная локализация афт: переходная складка, боковая поверхность языка, слизистая оболочка губ, щек. При легкой форме афты одиночные, безболезненные, появляются редко в течение 2-3-х лет. Тяжелая форма ХРАС проявляется наличием множественных афт, повышением температуры (37-38°). Элементы болезненны, общее состояние ухудшается, затрудняется прием пищи. Рецидивы могут повторяться ежемесячно. Энтероколиты характеризуются отеком слизистой оболочки щек, языка с появлением отпечатков зубов, прикусыванием щек. На СОПР обнаруживаются эрозии с неровными краями и обрывками эпителия.

Для болезней печени наиболее свойственна желтушность склер и слизистой оболочки полости рта, кровоточивость десен, гингивиты, периодонтиты, глосситы. Появляются извращение вкуса, горечь во рту. В ряде случаев бывают стойкие мучительные ощущения жжения, покалывания в языке, на небе, губах (глоссодиния, стомалгия). При obturационной желтухе развивается склонность к десневым кровотечениям.

К болезням сердечно-сосудистой системы относится ревматизм, который сопровождается гингивитом и высокой подверженностью зубов кариесу. Сердечно-сосудистая недостаточность приводит к изменению цвета СОПР, которая может быть бледной либо синюшной, в ряде случаев

расширяются кровеносные сосуды, особенно в подъязычной области. Повышается проницаемость сосудистых стенок, даже легкие травмы вызывают кровоточивость. В области десен малейшее давление при жевании, чистка зубов приводит к кровотечению. На слизистой оболочке могут появляться болезненные эрозии, увеличивающиеся в размерах, длительно незаживающие, плохо поддающиеся лечению. Для сердечно-сосудистой недостаточности характерны расстройства чувствительности (болевой, вкусовой, тактильной), неприятные ощущения в виде жжения, покалывания. Они начинаются в кончике языка, а затем распространяются на весь язык, губы, небо, приобретая стойкий мучительный характер глоссодинии. Острая сердечно-сосудистая недостаточность сопровождается образованием на СОПР трещин, эрозий. Обширность поражения зависит от тяжести инфаркта. При гипертонической болезни на языке, щеках, мягком небе могут появляться одиночные пузыри с кровянистым содержимым, так называемый пузырьный синдром. Локализуясь субэпителиально, пузырь может сохраняться от нескольких часов до 1-2 сут. После того, как пузырь вскрывается, остается эрозивная поверхность. Воздействие микроорганизмов может привести к развитию длительно незаживающей язвы. Трофическая язва, возникшая на месте травмы или пузыря, характеризуется вялым течением, неровными краями. При пальпации обнаруживается мягкая консистенция краев и окружающих тканей. Изучается иммунный статус.

При хронической почечной недостаточности (ХПН) больные жалуются на ощущение жжения языка, увеличение его размеров за счет отека, появление отпечатков зубов. Постоянный запах мочевины изо рта. Свойственны расстройства вкусовой чувствительности. Налет на языке может быть белым либо иметь оттенки от светло-желтого до коричневого. СОПР может быть бледной, синюшной либо желтушной, в ряде случаев расширяются кровеносные сосуды, что отчетливо видно в подъязычной области, даже незначительные травмы вызывают повреждение эпителиального слоя и кровоточивость. На слизистой оболочке щек, языка, на губах и по переходной складке обнаруживаются такие элементы поражения, как пятна, эрозии, трещины, чешуйки, петехии, уплотнения и утолщения. Чаще всего они локализируются. Нередко присоединяются грибковые поражения полости рта. У большинства больных хронической почечной недостаточностью во второй половине процедуры «гемодиализ» наблюдается кровоточивость десен и жалобы пациентов на привкус крови во рту.

Яркие проявления в полости рта бывают при сахарном диабете. Слюна становится густой, вязкой, количество ее уменьшается, появляется мучительная сухость. Язык – ярко-красный, чувствительный к кислой, соленой, горячей пище. Могут развиваться трещинки, эрозии, также очень болезненные. Частым является пародонтит, который плохо поддается лечению и протекает тяжело, с гноетечением из карманов, подвижностью зубов. Присоединяется грибковая инфекция, ухудшающая самочувствие больного. Развиваются неврогенные расстройства: чувство жжения в языке

(глоссодиния), невралгии с мучительными болевыми приступами, повышение чувствительности СОПР, боли в зубах. Могут присоединяться другие патологические процессы – плоский лишай, десквамативный (географический) язык, ромбовидный глоссит.

Расстройства функции половых желез приводят к повышению риска кариеса у подростков, беременных. Нарушения менструального цикла, беременность, климакс сопровождаются гингивитом: возможны отек и кровоточивость, а также разрастание эпителия и соединительной ткани. Развивается пародонтит, нейрогенные расстройства с нарушением чувствительности в виде парестезии, жжения в языке.

Среди проявлений в полости рта болезней кроветворения железодефицитная анемия, как правило, бывает вторичного происхождения (результат кровопотери), сопровождается различными физиологическими и патологическими процессами. Больные указывают на снижение вкусовых ощущений, покалывание, жжение и чувство распирания в языке, особенно его кончике. При осмотре обнаруживается бледность кожных покровов и слизистой оболочки полости рта. Характерны атрофические изменения слизистой оболочки языка, трещины на кончике и по краям, в более тяжелых случаях возникают участки покраснения неправильной формы («географический язык») и афты. Дистрофический процесс захватывает также слизистую оболочку губ и других отделов ротовой полости. Появляются трещины на красной кайме и заеды в углах рта. Слизистая оболочка сухая, легко травмируется. Анемия, вызванная дефицитом витамина В<sub>12</sub> и фолиевой кислоты, представляет собой самостоятельное заболевание (пернициозная анемия Аддисона–Бирмера). Больные жалуются на снижение аппетита, отвращение к некоторым пищевым продуктам (например, мясу, хлебу). У некоторых пациентов с анемией появляются чувство жжения и боль в языке, слизистой оболочке десен, губ, прямой кишки. Характерна бледная с желтым оттенком кожа. Волосы рано седеют. Обнаруживаются воспалительно-атрофические изменения слизистой оболочки языка в виде ярко-красных полос. Вследствие атрофии сосочков отдельные участки языка имеют лакированный вид. В тяжелых случаях одновременно вся поверхность и края языка покрыты участками воспаления ярко-красного цвета в виде полос и пятен (глоссит Гунтера–Миллера). Описаны изъязвления языка. Аналогичные изменения наблюдаются в других отделах СОПР, горла и глотки. Красная кайма губ истончена, в углах образуются трещины. Для эритроцитозов общими являются жалобы больных на повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тяжесть в голове и мучительную головную боль. Характерна также боль в области сердца, костях и суставах. Типична цианотическая окраска кожи и видимых слизистых оболочек, особенно щек, кончиков ушей, губ и ладоней, конъюнктивы, языка, мягкого нёба. Сосуды склер обычно инъецированы (симптом «кроличьих глаз»).

Лейкозы характеризуются прогрессирующим увеличением числа лейкоцитов в крови, отклонением от нормы их морфологических и

физиологических свойств. Острый лейкоз характеризуется слабостью, утомляемостью, плохим самочувствием. Характерны симптомы со стороны СОПР: геморрагия, язвенно-некротические поражения, гиперплазия и инфильтрация. Слизистая оболочка десны отечна, гиперемирована, легко кровоточит. Присоединяется некроз с образованием болезненных язв на языке и других участках полости рта. Язва при остром лейкозе начинается как небольшой участок некроза, окруженного венчиком синюшного цвета на фоне бледной слизистой оболочки. Процесс бурно распространяется и вскоре образуются дефекты эпителиального покрова с грязно-серым налетом, неприятным гнилостным запахом. Болезненные язвы распространяются вдоль зубов на преддверие полости рта, подъязычную область, небо, а также на подлежащие ткани. Травма, особенно удаление зуба, приводит к сильному кровотечению, а затем образованию глубокой язвы. При остром лейкозе часто возникает инфильтрация соединительной ткани десен миелоидными клетками. Десны выглядят набухшими, покрывая до 2/3 коронки зуба. Возможна также гиперплазия десен. Попытка хирургического иссечения гиперплазированных участков или инфильтратов сразу вызывает кровотечение, а затем образование язвы. Глубокая инфильтрация тканей приводит к поражению периодонта и расшатыванию зубов. Хронический лейкоз протекает менее злокачественно. В полости рта появляется геморрагия десны на фоне синюшной или бледной отечной слизистой оболочки, сочетающаяся с кровотечениями из других участков при отсутствии воспаления. Присоединение некротических, язвенных процессов усугубляет картину. Лимфоидный лейкоз сопровождается увеличением лимфатических узлов, образованием ограниченных опухолевидных узлов, или инфильтратов, на слизистой оболочке щек, языке, небных дужках. Инфильтрированные десны увеличиваются в размере настолько, что покрывают всю коронку зуба. Язвенно-некротические процессы бывают реже, чем при острых лейкозах. Удаление зуба приводит к тяжелому кровотечению.

Иммуноаллергический агранулоцитоз развивается вследствие гиперсенсibilизации к лекарственным веществам, химическим соединениям. Клиника протекает остро или подостро, хотя и наблюдаются хронические случаи. После приема лекарства появляется лихорадка с ознобом, в редких случаях крапивница, отек типа Квинке. У больных возникают некрозы и язвы на слизистой оболочке губ, ротовой полости, десен, миндалин, глотки. Нередко к некротическим изменениям присоединяется грибковая инфекция. Наблюдается местное увеличение периферических лимфатических узлов, особенно шейных.

Патология свертываемости крови характеризуется чаще всего тромбоцитопенией. К основным клиническим симптомам относятся кровотечения из слизистых оболочек и высыпания в виде петехии. Характерны обильные и длительные менструации, профузные кровотечения из десен, из носа. Опасные для жизни кровопотери наблюдаются даже после мелких операций, например, экстракции зуба. Кожные геморрагии возникают

преимущественно без всяких видимых причин, имеют мелкоочечный характер, вид небольших кровоподтеков. Цвет их изменяется в зависимости от давности появления, т.е. пурпурно-красная окраска элементов постепенно сменяется голубой, зеленоватой, желтой.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ, ПЕРИОДОНТА И СОПР**

### **Обезболивание**

Лечение пациентов с сопутствующей соматической патологией требует адекватного обезболивания. Особенности проявления заболеваний внутренних органов в полости рта (повышенная кровоточивость СОПР при ХПН и сахарном диабете), страх перед стоматологическими манипуляциями, а также общие симптомы повышают вероятность возникновения осложнений (обморок, гипертонический криз и т.д.). С целью предупреждения осложнений общего и местного характера необходимо тщательно соблюдать рекомендации по проведению анестезии, учитывать анамнез пациента, побочные действия анестетиков, показания и противопоказания к их применению. Предварительно обезболивать места инъекции препаратами для аппликационной анестезии. Обязательно проводить двухкратную аспирационную пробу для снижения вероятности попадания анестетика в сосудистое русло. После инъекции местного анестетика необходимо выждать не менее 3 мин перед стоматологическим вмешательством, постоянно наблюдая за пациентом. Препарат для анестезии следует вводить медленно, со скоростью не более 1 мл/мин. Для достижения адекватной анестезии нужно стремиться использовать минимальное количество местноанестезирующего раствора. Раствор анестетика должен быть подогрет до температуры тела человека (37°C). Не рекомендуется применять одновременно разные анестетики у одного больного. Выбор обезболивающего препарата должен производиться с учетом свойств местного анестетика и других компонентов (вазоконстрикторов, консервантов), особенностей взаимодействия с другими лекарственными средствами, а также наличием сопутствующей патологии. Противопоказаниями к использованию адреналина являются: гипертония, выраженный атеросклероз, тиреотоксикоз, сахарный диабет, беременность, наркоз фторотаном (в связи с появлением аритмии).

Группу риска развития общих осложнений составляют пожилые пациенты с ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда), страдающие гипертонической болезнью, особенно перенесшие нарушение мозгового кровообращения. При подготовке таких больных к стоматологическому вмешательству необходимо заранее проконсультироваться с кардиологом, а перед операцией вмешательством пациент должен принять назначенные препараты. Лицам, перенесшим инфаркт миокарда, следует избегать стрессовых ситуаций (длительного ожидания приема). Лечебные вмешательства должны быть недлительными по времени. Для купирования эмоционального напряжения рекомендуется седативная премедикация (реланиум, седуксен, диазепам – 10-20 мг внутрь). Больным со стенокардией

следует рекомендовать прием за 5 мин до анестезии нитроглицерина 0,3 г по д язык. Амбулаторное стоматологическое вмешательство производят только при удовлетворительном состоянии пациента, в остальных случаях в условиях многопрофильного стационара.

При заболеваниях печени необходимо избегать назначения препаратов с токсическим воздействием, а также метаболизирующихся в печени. Наименьшей токсичностью среди них обладают препараты артикаинового ряда, однако артикаин разрушается в печени. В связи с этим применять его нужно только после консультации с лечащим врачом.

Лечение лиц с заболеваниями почек лучше всего проводить в дни, свободные от диализа. По возможности контролировать содержание калия в сыворотке крови, поскольку его высокий уровень может привести к нарушению сердечного ритма. Поскольку препараты для местного обезболивания экскретируются почками, на время стоматологического вмешательства рекомендуется снизить дозу принимаемых лекарств после соответствующей консультации с врачом. Для проведения анестезии можно использовать амидные и эфирные МА, однако в уменьшенной дозе и с соблюдением мер предосторожности.

Подготовка больных сахарным диабетом должна проводиться в сотрудничестве с врачом-эндокринологом. Посещение стоматолога лучше всего назначить в утреннее время, спустя 1-2 ч после приема пищи и введения инсулина. Необходимо обеспечить наименьшее время ожидания приема и адекватную анестезию, что позволит избежать стрессовой ситуации для таких пациентов. Для обезболивания рекомендуется использовать растворы местных анестетиков без вазоконстрикторов.

### **Лечение кариеса**

*Препарирование твердых тканей зубов* имеет ряд особенностей, обусловленных степенью минерализации эмали и дентина. Если во время зондирования инструмент легко скользит по плотным тканям, дну и стенкам полостного дефекта, то этапы препарирования осуществляют в соответствии с классическими правилами, используя алмазные и твердосплавные боры.

При пониженной минерализации эмали и дентина ткани мягкие, рыхлые, с матовым оттенком, при зондировании определяется шероховатая поверхность. В данной ситуации некрэктомию рекомендуется проводить ручными инструментами после предварительного этапа раскрытия кариозной полости и удаления нависающих краев эмали алмазными борами. Расширяются показания к методу атравматического препарирования зубов. В первую очередь это касается лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, постинфарктным состоянием, заболеваниями нервной системы с повышенной возбудимостью, лежащих больных. Показанием к использованию ручных инструментов служит психоэмоциональное состояние больных, испытывающих непреодолимый страх перед стоматологическими манипуляциями. Отсутствие болевых ощущений во время ручного препарирования позволяет избежать инъекционной анестезии,

поэтому она показана пациентам со склонностью к аллергическим реакциям. Ручные инструменты используют для лечения больных с «постельным режимом», а также для пациентов с ХПН, находящихся на гемодиализе. Метод атравматического препарирования рекомендуется использовать для лечения кариеса корня зуба, а также полостей, находящихся под искусственной коронкой при наличии ретенции десны.

На выбор *метода восстановления зубов* и пломбировочного материала оказывает влияние общий статус пациента, а также состояние твердых тканей и маргинального периодонта. Предпочтительно горизонтальное расположение больного в кресле во время лечения, что является эргономичным для врача-стоматолога. Однако у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы такое положение может привести к нарушению сердечной деятельности, поэтому больные с ИБС должны лечиться в вертикальном положении сидя в кресле. Необходимо тщательно изолировать рабочее поле, что связано с повышенной кровоточивостью десны, избыточной саливацией. В стоматологической практике с этой целью принято использовать коффердам (раббердам). У лиц, страдающих сахарным диабетом, с сухостью в полости рта, применение латексной завесы является недопустимым, как и у некоторых пациентов, испытывающих психологический дискомфорт при виде коффердама, в результате чего у них может развиваться стресс. Для избежания негативных последствий рекомендуется использовать минидам, квикдам, котноновые валики.

Большинство пациентов из-за тяжести соматической патологии не могут длительное время находиться в стоматологическом кресле. В связи с этим расширяются показания к изготовлению реставраций лабораторным способом, а вместо анкерных и штифтовых конструкций рекомендуется использовать искусственные коронки. Это позволит значительно сократить период пребывания больных у стоматолога. Рекомендуется техника отсроченного пломбирования, которая предполагает в первое посещение препарирование твердых тканей и заполнение дефекта с использованием СИЦ, а в последующее – фотополимера.

Общим показанием к эстетическому восстановлению зубов является компенсированная форма хронических заболеваний, при которой они могут пребывать на приеме у стоматолога достаточно длительное время. Местным показанием является нормальный уровень минерализации твердых тканей, когда стенки отпрепарированной полости способны выдержать жевательное давление, передающееся посредством пломбировочного материала. Подготовка и эстетическое пломбирование зубов у пациентов с сопутствующей патологией проводятся в соответствии с современными принципами реставрационной стоматологии. Время стоматологических манипуляций сокращается путем использования наноуплотненных материалов. Пакуемые композиты и ормомеры обладают минимальной усадкой, поэтому небольшие по площади и глубине полости можно заполнять одной порцией материала.

Дефекты с локализацией в придесневой области восстанавливают с использованием матричных систем, кровоостанавливающих средств, ретракционных нитей. При обильном десневом кровотечении после препарирования рекомендуется сначала изолировать полость с помощью матрицы, затем приступить к выполнению других этапов пломбирования. В качестве альтернативы приведенной методике можно выполнить отсроченное пломбирование с использованием стеклоиономерных цемента. При выборе гемостатика или импрегнированной нити необходимо учитывать общее состояние здоровья пациента. При наличии сердечно-сосудистой патологии системы не рекомендуется использовать корды, импрегнированные органическим гемостатиком, повышающим артериальное давление и усиливающим сердцебиение. Острый или язвенно-некротический гингивит являются противопоказаниями для применения ретракционной нити с хлоридом алюминия.

### **Лечение пульпита и апикального периодонтита**

При лечении пульпитов следует учитывать длительность основного заболевания, возраст пациента, компенсаторные возможности организма. Выбор метода лечения, в первую очередь, зависит от клинических проявлений: жалоб, объективных симптомов. Важнейшую роль играет параметр электровозбудимости пульпы. Имеет значение локализация полости. Влияние может оказать общее состояние организма. Учитывается возраст пациента.

#### ***Показания к экстирпации пульпы витальным методом:***

1. Случаи безуспешного лечения пульпита биологическими методами: сохранение или нарастание симптомов заболевания.
2. Ограниченное воспаление пульпы (гиперемия, частичный пульпит) при локализации полости в пришеечной области зуба на фоне ретенции десны или подвижности зуба, а также у лиц старших возрастных групп и больных, имеющих общую патологию.
3. Все формы острого и хронического пульпита с вовлечением коронковой и корневой пульпы.
4. Зубы I-II степени подвижности при сниженной электровозбудимости (даже при отсутствии симптомов пульпита) депульпируются в случае хирургического вмешательства на пародонте, предусматривающего цементотомию.

Метод витальной экстирпации находит ограниченное применение у пациентов с патологией белой крови, хронической почечной недостаточностью, поскольку у таких больных нарушены процессы свертывания крови. Расширяются показания к использованию девитальной экстирпации.

*Показания к экстирпации пульпы девитальным методом* аналогичны витальной экстирпации. Метод применяется в случаях непереносимости пациентом анестетиков. Другим вариантом может стать категорический отказ больного от инъекционного обезболивания (от наркоза). Третьим

является невозможность технически выполнить анестезию (больной после операции, полевые учения, отсутствие средств и устройств для анестезии).

*Сочетание витального и девитального методов* показано при невозможности качественной экстирпации пульпы из всех каналов в один сеанс по причине анатомического строения или возрастных изменений каналов зубов. Ампутация и частичная экстирпация витальной пульпы осуществляется под обезболиванием, а затем применяется девитальный метод с воздействием на остатки корневой пульпы.

### ***Показания к депульпированию зубов***

*При лечении заболеваний пародонта:* обширные и глубокие дефекты твердых тканей зуба кариозного и некариозного происхождения (эрозии, клиновидные дефекты); рецессия десны  $>1/3$  длины корня; наличие костных периодонтальных карманов; подвижность зубов I-II степени (вне стадии обострения маргинального периодонтита); хирургическое лечение (с цементотомией); снижение электровозбудимости пульпы (20 мкА и более) при наличии дефектов твердых тканей зуба средней глубины или рецессии десны  $<1/3$  длины корня; наличие десневых периодонтальных карманов.

*При ортопедическом лечении:* опорные зубы без признаков пульпита, имеющие полость значительных размеров при сниженной электровозбудимости (20 мкА и более); оголение корня при показаниях электровозбудимости 20 мкА и более; подвижность зуба II-III степени; высокая стертость коронки; наличие придесневого дефекта; выраженная гиперестезия; повышенная нагрузка на опорный зуб; патологический наклон зуба.

### ***Механическая и медикаментозная обработка корневых каналов зубов***

При определении рабочей длины следует продвигать диагностический инструмент по корневому каналу с осторожностью, чтобы не повредить физиологическое сужение и не вызвать длительное кровотечение.

Механическую обработку корневого канала зуба нужно проводить строго под контролем рабочей длины рентгенологическим или электрометрическим методом. Рекомендуется использовать апекслокатор II поколения, который может работать во влажном канале, при наличии крови. Для остановки внутриканального кровотечения следует пользоваться гемостатическими жидкостями. При механической обработке предпочтительно использовать методику Crown Down с ручными, а не машинными инструментами.

Для медикаментозной обработки корневых каналов зубов при высокой вероятности кровотечения предпочтение следует отдать раствору хлоргексидина биглюконата.

### **Пломбирование корневых каналов зубов**

С целью дополнительной антисептической обработки рекомендуется временное пломбирование канала препаратами на основе гидроокиси кальция. *В первое посещение* после расширения входа в корневой канал, медикаментозной обработки, механического расширения корневого канала техникой Crown Down канал заполняется пастой на основе 45% водного раствора гидроокиси кальция на 1-2 дня. Полость зуба герметично изолируется временной пломбой. *Во второе посещение* проводится удаление остатков пасты и постоянное пломбирование корневого канала силером с гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации.

Количество посещений увеличивается при лечении апикального периодонтита в зубе с открытой полостью. *В первое посещение* удаляется гнилой распавшийся на 1/2-1/3 хорошо проходимой части корневого канала, проводится механическое расширение техникой Crown Down, заполнение обработанной верхней части канала пастой гидроокиси кальция (на 1-2 дня) под временной пломбой. *Во второе посещение* проводится удаление остатков пасты, обработка корневого канала на всю длину корня, канал повторно заполняется пастой (на 1-2 дня), изолируется временной пломбой. *В третье посещение* проводится удаление остатков пасты и постоянное пломбирование корневого канала.

Поскольку больные с хроническими заболеваниями не могут долго сидеть в стоматологическом кресле, рекомендуется разделить лечение зуба на несколько посещений. Для пломбирования корневых каналов следует выбирать метод латеральной, а не вертикальной конденсации, требующей выраженного давления на ткани корня, что может привести к продольному перелому. При лечении апикальных периодонтитов увеличивается процент удаляемых зубов в силу облитерации корневых каналов, невозможности их качественного пломбирования до физиологического сужения. В каждом случае вопрос следует решать на основании рентгенологической картины и функциональной ценности зуба. Удалению подлежат зубы с непроходимыми корневыми каналами при наличии деструкции в периапикальной области.

### **Лечение гингивитов**

Лечение *гингивита острого с выраженной кровоточивостью* начинается с обучения индивидуальной гигиене полости рта и рекомендаций по выбору средств гигиены: мягкой зубной щетки, неабразивной зубной пасты. Для полоскания полости рта используют растворы с антибактериальным действием. Кровоостанавливающие средства используются в виде аппликаций, лечебных пластинок, гемостатической губки. Профессиональная гигиена осуществляется щадяще, по отдельным сегментам челюсти с аппликацией препаратов, уменьшающих кровоточивость. Производится обильная ирригация антисептических растворов. При выраженной болезненности выполняется обезболивание: аппликационное либо инъекционное. При наличии местных травмирующих факторов осуществляется шлифование нависающих краев, коррекция

протезов и т.д. Полная санация, рациональная индивидуальная гигиена играют важную роль в профилактике рецидивов.

Лечение *язвенно-некротического гингивита Венсана* предусматривает приём жидкой, не раздражающей, калорийной пищи. Местно проводится обильное орошение полости рта антисептиком. По показаниям выполняется обезболивание: аппликационное – при ограниченном очаге, инъекционное – при обширном поражении тканей. Удаляется некротический налет при помощи шпателя или ватных тампонов, пропитанных антисептиком. Можно использовать протеолитические ферменты. Устраняются явные травмирующие факторы (протез, острый край зуба, пломба). Исключаются вредные привычки, прежде всего, курение. Учитывая анаэробный характер микрофлоры. Обнаженная язвенная поверхность обрабатывается растворами, выделяющими атомарный кислород. После устранения налета местно применяются препараты, ускоряющие регенерацию и эпителизацию. Из физиотерапевтических методов лечения показано УФО на очаги поражения.

Лечение *десквамативного гингивита* включает устранение местнораздражающих факторов, профессиональную гигиену, обучение индивидуальному уходу за полостью рта. Пациенту рекомендуется подобрать мягкую зубную щетку, интердентальные средства чистки зубов, неабразивную пасту, предпочтительнее в виде геля, на основе растительных препаратов. Местно используют препараты, обладающие эпителизирующим эффектом. В виде полосканий можно назначать лечебные эликсиры, настои трав. Чувствительность десен к раздражителям является показанием к назначению обезболивающих средств.

### **Лечение периодонтита**

При *легком течении* лечение периодонтита ограничивается местными воздействиями. Профессиональная гигиена осуществляется врачом-стоматологом в несколько этапов. Количество посещений зависит от метода удаления зубных отложений. Использование Vector-системы обеспечивает обработку зубных рядов в один сеанс. Звуковые скейлеры позволяют ограничиться двумя этапами. Ручное удаление потребует дополнительного посещения. В первое или второе посещение устраняются другие местнораздражающие факторы: нависающие края пломб, промежутки между зубами и т.д. Выполняется избирательное шлифование зубов. По показаниям производятся хирургические вмешательства: иссечение уздечки, удаление зуба, стоящего вне дуги и т.д. Медикаментозное лечение используется минимально: полоскание, ирригация растворов в процессе профессиональной гигиены.

Лечение периодонтита *средней степени* включает общие и местные воздействия. Лечение сопутствующего заболевания назначает специалист в конкретной отрасли медицины. Местное воздействие предполагает мотивацию, обучение индивидуальной гигиене полости рта с тщательным подбором средств и методов. Профессиональная гигиена может сочетать удаление обильных зубных отложений ручными инструментами

с последующей обработкой поверхности корней ультразвуковыми наконечниками. Обязательным условием является уменьшение или устранение раздражающих воздействий. По показаниям может осуществляться депульпирование зубов. Ортопед исправляет некачественные протезы, осуществляет избирательное пришлифовывание, а при необходимости шинирование подвижных зубов. Обязательным элементом медикаментозного воздействия является использование антисептиков. По показаниям применяются кровоостанавливающие, обезболивающие, эпителизирующие средства. Самостоятельно пациент может использовать растворы для полосканий, аэрозоли, таблетки для рассасывания, спрей. Профессионально накладываются десневые повязки, лечебные пластины. Хирургические вмешательства могут заключаться в устранении первопричины (иссечение уздечек, тяжелой слизистой оболочки) либо ликвидации воспалительного процесса (гингивотомия, гингивэктомия, открытый кюретаж, лоскутная операция). Возможно применение гелий-неонового лазера, обладающего обезболивающим, бактерицидным, эпителизирующим действием.

Лечение периодонтита *тяжелой степени (хронического сложного)* включает общие и местные воздействия. Общая терапия проводится специалистом в соответствии с основным заболеванием. Лечение у стоматолога предусматривает мотивацию, обучение индивидуальной гигиене полости рта с подбором оптимальных средств и методов. Профессиональная гигиена проводится щадяще, поэтапно с применением обезболивающих средств. Подвижные зубы должны быть зашинурованы до проведения профгигиены. Количество посещений зависит от клинической картины. Наиболее щадящим является использование Vector-системы. Выбор лекарственных препаратов зависит от клинических проявлений. В качестве этиотропного лечения назначаются антибактериальные средства. Антибиотики применяются в виде полосканий, аппликаций либо парентерально, реже назначаются сульфаниламиды. Патогенетическое лечение заключается в применении противовоспалительных средств. Эти же препараты оказывают противоотечное действие. Симптоматическая терапия включает обезболивающие средства. Местные кровоостанавливающие препараты применяют при соответствующих показаниях. Протеолитические ферменты используют при необходимости размягчения и отделения налетов. Кроме растворов, мазей, порошков лекарственные средства могут применяться в виде десневых повязок, лечебных пластин. Обезболивание и хирургическое вмешательство выполняются в соответствии с местными и общими показаниями. Физиотерапевтическое лечение может проводиться до и после оперативных мероприятий. После кюретажа десневых карманов они промываются обильным количеством раствора антисептика, просушиваются турундами и заполняются лекарственными средствами, содержащими антибиотики широкого спектра действия (определяется чувствительность к нему микроорганизмов).

## Лечение заболеваний СОПР

Необходимо тщательное обследование и профессиональная гигиена полости рта, требуется качественная санация. Для повышения эффективности местной терапии заболеваний СОПР необходимо обучение пациентов индивидуальной гигиене. В случае болезненности и кровоточивости десен используется мягкая зубная щетка и лечебно-профилактическая зубная паста с экстрактами трав, антисептиками, витаминами. Рекомендуются полоскания отварами и настоями трав, эликсирами, антисептиками. При невозможности чистки зубов по объективным причинам (боль) основным способом воздействия на микробную флору остается полоскание растворами антисептиков, отварами трав, ополаскивателями. После улучшения состояния полости рта необходимо постепенно вернуться к мягкой щетке и зубной пасте низкой абразивности. При клиническом выздоровлении и отсутствии болевых ощущений показан полноценный гигиенический уход.

Местная терапия поражений слизистой оболочки полости рта включает этиотропное, патогенетическое, симптоматическое лечение. В этиотропном лечении на первом месте стоят антибактериальные препараты. Наиболее часто применяются антисептические средства различного механизма действия. Антибиотики используются в виде полосканий, аппликаций либо парентерально. Противогрибковые средства применяются для лечения кандидозов. Антивирусные препараты используются в схеме этиотропного лечения вирусных заболеваний.

Патогенетическое лечение включает противовоспалительные средства – нестероидные и стероидные. Они же оказывают противоотечное действие. Эпителизирующим эффектом обладают масляные растворы витаминов, метилурацил, солкосерил, винилин. Эти препараты стимулируют регенерацию соединительной ткани. Укреплению сосудистой стенки и снижению проницаемости способствует галаскорбин, соли кальция. Применяются средства широкого спектра действия, которые обладают противовоспалительными, местноанестезирующими, антимикробными, эпителизирующими свойствами.

Симптоматическое лечение заключается в использовании обезболивающих средств (парентерально, в виде инфильтрационной или проводниковой анестезии, аппликационно в виде растворов, мазей, аэрозолей). Кровоостанавливающие препараты применяют при соответствующих показаниях. Протеолитические ферменты способствуют отделению налетов при гнойных и некротических процессах.